

## Заявление на пособия программы Basic Food «Основное питание» Basic Food Application



Если вам требуется помочь в чтении и заполнении этой формы,  
обратитесь к нам.

### Как подать заявление на получение пособий?

- Для завершения подачи заявления необходимо заполнить страницы со 2 по 4. Начать заполнять заявление можно сегодня. Для этого внесите свои имя, фамилию и адрес и поставьте подпись (вашу или вашего полномочного представителя).
- Принесите или отправьте эту форму по факсу или почтой в свой местный отдел социального обеспечения (Community Services Office, CSO) либо отдайте её представителю программы, который помог вам её заполнить. Страницы 1 и 2 оставьте у себя.
- Вы можете получить больше пособий или получить их быстрее, если заполните и подадите свое заявление, а также предоставите всю запрашиваемую нами информацию без промедления. Мы можем передать эту информацию сотрудникам федеральных органов и ведомств штата.

### Как скоро я смогу получать продовольственные пособия?

Если продовольственные пособия требуются вам немедленно, ответьте на вопросы 1–14 на странице 3 и отнесите форму в свой местный отдел социального обеспечения (Community Services Office, CSO).

Мы примем решение по вопросу о выделении вам продовольственного пособия *в течение 7 дней, если вы предъявите документ, удостоверяющий вашу личность, и отвечаете* одному из нижеперечисленных требований:

- В этом месяце совокупный доход вашей семьи составит менее \$150, а ликвидные ресурсы – менее \$100.
- Доход и ресурсы вашей семьи не покрывают ежемесячную плату за аренду квартиры и коммунальные услуги.
- В составе вашей семьи есть сильно нуждающийся переселенец или сезонный сельскохозяйственный рабочий.

**Пособия начинают выдаваться со следующего дня после вынесения решения о праве на их получение.**

Продовольственные пособия обычно начитаются со дня получения вашего заявления.

### Гражданские права

В соответствии с федеральным законодательством и инструкциями Министерства сельского хозяйства (USDA) и Министерства здравоохранения и социального обеспечения США (HHS), данному ведомству запрещено проводить дискриминацию на основании расовой принадлежности, цвета кожи, национального происхождения, пола, возраста и инвалидности. Закон о продовольственных талонах и инструкции USDA также запрещают дискриминацию на основании религиозных убеждений и политических взглядов. С жалобой по поводу дискриминации можно обратиться в USDA или HHS. В USDA обращайтесь по адресу: USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 или звоните по тел. (202) 720-5964 (голосовая линия и линия TDD). В HHS обращайтесь по адресу: HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 или звоните по телефону (202) 619-0403 (голосовая линия) или (202) 619-3257 (линия TTY). USDA и HHS предоставляют равные возможности при оказании услуг и приёме на работу.

### Конфиденциальность и продовольственные пособия

Принятый в 2008 года с поправками «Закон о продовольствии и питании» (Food and Nutrition Act) разрешает департаменту собирать сведения, запрашиваемые в этом заявлении, включая номера социального обеспечения (SSN) всех членов семьи. Предоставление запрашиваемой информации является добровольным. Тем не менее, непредоставление номера SSN или подтверждения факта подачи заявления на его получение без уважительной причины может привести к отказу в продовольственных пособиях Basic Food всем лицам, не предоставившим свои номера SSN. Мы проверяем часть этих сведений, используя компьютерные программы сопоставления данных, включая федеральную систему подтверждения размера доходов и права на пособия (federal Income and Eligibility Verification System, IVES).

Мы используем эту информацию:	Мы можем передавать эту информацию:
<ul style="list-style-type: none"> <li>для вынесения решений о предоставлении пособий по нашим программам;</li> <li>для возмещения средств за неправомерно начисленную продовольственную помощь;</li> <li>для осуществления наших программ;</li> <li>в целях соблюдения закона.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>федеральным ведомствам и ведомствам штата для служебного пользования;</li> <li>правоохранительным органам, преследующим лиц, скрывающихся от правосудия;</li> <li>частным агентствам по сбору платежей для возмещения средств за неправомерно начисленную продовольственную помощь.</li> </ul>

### Предупреждение о санкциях в связи с продовольственными пособиями

Мы действительно направляем сведения о лицах, подающих заявление на получение продовольственных пособий, в другие федеральные ведомства для проверки полученной информации. Если какие-либо сведения неверны, лицам, подавшим заявление, может быть отказано в предоставлении продовольственных пособий. За предоставление заведомо ложной информации предусмотрено уголовное наказание. Лица, преднамеренно нарушающие правила программы продовольственной помощи, могут подвергнуться различным санкциям, от лишения права на участие в программе до штрафа и (или) возможного лишения свободы.

## Заявление на пособия программы Basic Food «Основное питание» Basic Food Application



Если вам требуется помощь в заполнении данной формы, пометьте этот квадрат.

1. ИМЯ ИНИЦИАЛ ОТЧЕСТВА ФАМИЛИЯ	ПОДПИСЬ КЛИЕНТА ИЛИ УПОЛНОМОЧЕННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ (В ОБЯЗАТЕЛЬНОМ ПОРЯДКЕ)			2. ИДЕНТИФИКАЦИОННЫЙ НОМЕР КЛИЕНТА (ЕСЛИ ИЗВЕСТЕН)			
3. АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	4. ДОМАШНИЙ / КОНТАКТНЫЙ НОМЕР ТЕЛЕФОНА			
5. ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (ЕСЛИ ОТЛИЧАЕТСЯ ОТ АДРЕСА ПРОЖИВАНИЯ)				ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС	6. ДРУГИЕ НОМЕРА ТЕЛЕФОНОВ
7. АДРЕС ЭЛЕКТРОННОЙ ПОЧТЫ							

8. Сколько денег ваша семья получит в этом месяце? \$ \_\_\_\_\_
9. Сколько денег есть у вашей семьи наличными и на банковских счетах? \$ \_\_\_\_\_
10. Сколько ваша семья платит за аренду жилья или по ипотеке? \$ \_\_\_\_\_
11. На сколько человек в вашей семье вы покупаете продукты и готовите? \$ \_\_\_\_\_

FOR OFFICE USE ONLY – Household eligible for expedited service:  Yes  No Screener's Initials: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

12. Мне требуется собеседование по телефону. Позвоните мне, пожалуйста, по тел. \_\_\_\_\_
13.  Мне нужен переводчик. Я говорю на \_\_\_\_\_ или  на языке глухонемых; переводите письма для меня на: \_\_\_\_\_
14. Перечислите всех членов вашей семьи, даже если не подаете на них заявление (при необходимости приложите дополнительные листы бумаги):

ИМЯ, ОТЧЕСТВО, ФАМИЛИЯ	ПОЛ (М или Ж)	КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ ЭТО ЛИЦО?	ДАТА РОЖДЕНИЯ	ПОМЕТЬТЕ, ЕСЛИ ХОТИТЕ ПОЛУЧАТЬ ПОСОБИЯ НА ЭТО ЛИЦО	НЕ ОБЯЗАТЕЛЬНО ДЛЯ ТЕХ, КТО НЕ ПРЕТЕНДУЕТ НА ПОСОБИЯ		
				НОМЕР СОЦИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ	ПОМЕТЬТЕ, ЕСЛИ ГРАЖДАНИН США	РАСОВАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ (СМ. НИЖЕ ПРИМЕРЫ)	НАЗВАНИЕ ПЛЕМЕНИ (для американских индейцев и уроженцев Аляски)
		Я сам (-а)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

15. Моё этническое происхождение – испаноговорящий (-ая) или латиноамериканец (-ка):  Да  Нет  
 Сведения о расовой принадлежности и этническом происхождении предоставляются в добровольном порядке. При подаче заявления на продовольственную помощь USDA требует от нас ответа на этот вопрос в случае, если вы его сами не предоставите. **Примеры расовой принадлежности:** белые, черные / афроамериканцы, азиаты, уроженцы Гавайских островов, уроженцы других островов Тихого океана, американские индейцы, уроженцы Аляски, либо иная комбинация рас.

### I. Общие сведения

- За последние 30 дней я получал (-а) денежную, продовольственную или медицинскую помощь из другого штата, племени или иного источника.  Да  Нет
- Я или кто-либо из членов моей семьи являемся иммигрантами, имеющими спонсора.  Да  Нет  
 Кто: \_\_\_\_\_
- Я или кто-либо из тех, на кого я подаю заявление о пособиях, скрываются от закона, чтобы избежать явки в суд или тюремного заключения за тяжкое преступление.  Да  Нет
- Я проживаю в:  собственном доме или квартире  общежитии (Group Home)  иное: \_\_\_\_\_  
 специализированном учреждении (укажите тип): \_\_\_\_\_ дата поступления: \_\_\_\_\_



## II. Заработка (приложите подтверждения)

1. Я, мой супруг (супруга) и члены моей семьи, на которых я подаю заявление, оставили работу в течение последних 60 дней:  Да  Нет
2. Я, мой супруг (супруга) и члены моей семьи, на которых я подаю заявление, имеем доход в виде заработка:  Да  Нет      Если «да», то заполните этот раздел:

КТО ПОЛУЧАЕТ ЭТУ ЗАРАБОТОК	РАБОТОДАТЕЛЬ И НОМЕР ЕГО ТЕЛЕФОНА
----------------------------	-----------------------------------

СОВОКУПНЫЙ ДОХОД (В ДОЛЛАРАХ, ДО ВЫЧЕТА НАЛОГОВ)  
 \$ \_\_\_\_\_ :  в час  в неделю  каждые две недели  дважды в месяц  ежемесячно

КТО ПОЛУЧАЕТ ЭТУ ЗАРАБОТОК	РАБОТОДАТЕЛЬ И НОМЕР ЕГО ТЕЛЕФОНА
----------------------------	-----------------------------------

СОВОКУПНЫЙ ДОХОД (В ДОЛЛАРАХ, ДО ВЫЧЕТА НАЛОГОВ)  
 \$ \_\_\_\_\_ :  в час  в неделю  каждые две недели  дважды в месяц  ежемесячно

## III. Другой доход (укажите другой доход всех членов семьи и приложите подтверждения)

	КТО ПОЛУЧАЕТ ЭТУ ДОХОД?	ПОЛНАЯ СУММА МЕСЯЧНОГО ДОХОДА	КТО ПОЛУЧАЕТ ЭТУ ДОХОД?	ПОЛНАЯ СУММА МЕСЯЧНОГО ДОХОДА
Социальное обеспечение		\$		\$
Дополнительное пособие по социальному обеспечению (SSI)		\$		\$
Пенсионные выплаты		\$		\$
Пособия Управления по делам ветеранов (VA) и (или) пособия для военнослужащих		\$		\$
Льготы железнодорожника		\$		\$
Иные доходы: например, трастовые фонды, пособия L&I, проценты, аренда, аннуитеты и т.д.		\$		\$

## IV. Ежемесячные расходы

АРЕНДНАЯ ПЛАТА ЗА ЖИЛЬЕ \$	ВЗНОСЫ ПО ИПОТЕКЕ \$	АРЕНДА ПОМЕЩЕНИЯ \$	ВЗНОСЫ ВЛАДЕЛЬЦА КОНДОМИНИУМА \$
СТРАХОВАНИЕ СОБСТВЕННОСТИ \$	НАЛОГИ НА СОБСТВЕННОСТЬ \$	ОЦЕНКА СОБСТВЕННОСТИ \$	ДРУГИЕ РАСХОДЫ \$

Другое лицо или ведомство, например, программа субсидированного жилья, помогает мне оплачивать все или часть этих расходов.  Да  Нет      Если «да», кто? \_\_\_\_\_

Какие расходы: \_\_\_\_\_ Сколько вносит другое лицо или ведомство: \$ \_\_\_\_\_

Я, мой (моя) супруг (-а) или иной член моей семьи платят или должны оплачивать (отметьте всё, что вас касается):

<input type="checkbox"/> Расходы по уходу за детьми или находящимися на иждивении взрослыми (включая затраты на перевозки)	Ежемесячная сумма: \$	Кто оплачивает эти расходы?
<input type="checkbox"/> Счета за медицинские услуги для лиц с инвалидностью и лиц 60 лет и старше (включая затраты на перевозки и взносы по медицинскому страхованию)	Ежемесячная сумма: \$	Кто оплачивает эти расходы?
<input type="checkbox"/> Алименты на содержание детей	Ежемесячная сумма: \$	Кто оплачивает эти расходы?

Если вы не сообщите о вышеуказанных расходах, то мы сочтём это заявлением вашей семьи о том, что вы не желаете получения налоговой скидки за эти расходы.

## VI. Уполномоченный представитель

Уполномоченный представитель – это лицо, с которым DSHS, по вашему разрешению, может обсуждать ваши пособия. Вы можете назначить такое лицо, но это не обязательно.

У вас есть уполномоченный представитель?  Да  Нет

Это лицо является вашим официальным опекуном?  Да  Нет

Есть ли у этого лица доверенность?  Да  Нет

ПОЛНОЕ ИМЯ	КЕМ ВАМ ПРИХОДИТСЯ	НОМЕР ТЕЛЕФОНА	
------------	--------------------	----------------	--

АДРЕС ПРОЖИВАНИЯ	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
------------------	-------	------	-----------------

ПОЧТОВЫЙ АДРЕС (если отличается от адреса проживания)	ГОРОД	ШТАТ	ПОЧТОВЫЙ ИНДЕКС
---	-------	------	-----------------

## Декларация и подписи

**Заявитель или уполномоченный представитель обязаны поставить свою подпись.**

Я понимаю, что обязан (-а):

- Представить верную информацию и выполнять требования о передаче сведений.
- Представить подтверждение моего права на получение пособий.

Если я не выполню этих требований, мне может быть отказано в получении пособий или придётся возместить их стоимость.

Я понимаю, что могу подвергнуться уголовному преследованию за преднамеренное сообщение ложных сведений и сокрытие сведений, которые обязан (-а) предоставить.

Я даю DSHS разрешение обращаться при необходимости к другим лицам и в другие ведомства для оказания мне содействия в получении документального подтверждения моего права на пособия.

Я прочитал (-а) или мне разъяснили мои права и обязанности, а также получил (-а) экземпляр «Прав и обязанностей клиента», DSHS 14-113. **Под угрозой наказания за предоставление ложных сведений по законам штата Вашингтон я заявляю, что сведения, приведённые мной в данном заявлении, включая сведения о гражданском статусе и статусе иностранцев всех членов моей семьи, подающих заявление на пособия, являются правдивыми и точными.**

ПОДПИСЬ ЗАЯВИТЕЛЯ	ДАТА	ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ ГОРОД И ШТАТ, ГДЕ ПОДПИСАН ДАННЫЙ ДОКУМЕНТ
-------------------	------	---

ПОДПИСЬ ДРУГОГО ВЗРОСЛОГО ЗАЯВИТЕЛЯ	ДАТА	ИМЯ И ФАМИЛИЯ ДРУГОГО ВЗРОСЛОГО ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ ГОРОД И ШТАТ, ГДЕ ПОДПИСАН ДАННЫЙ ДОКУМЕНТ
-------------------------------------	------	---

ПОДПИСЬ ПОМОЩНИКА ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ	ДАТА	ИМЯ И ФАМИЛИЯ ПОМОЩНИКА ИЛИ ПРЕДСТАВИТЕЛЯ ГОРОД И ШТАТ, ГДЕ ПОДПИСАН ДАННЫЙ ДОКУМЕНТ
-------------------------------------	------	---

ПОДПИСЬ СВИДЕТЕЛЯ, ЕСЛИ ВМЕСТО ПОДПИСИ ЗАЯВИТЕЛЯ СТОИТ «Х»	ДАТА	ИМЯ И ФАМИЛИЯ ЗАЯВИТЕЛЯ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ ГОРОД И ШТАТ, ГДЕ ПОДПИСАН ДАННЫЙ ДОКУМЕНТ
---	------	---